

Vårdkvaliteten av den akut insjuknade äldre patienten

– ur närståendes perspektiv

Maria Mattila

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	2689
Författare:	Maria Mattila
Arbetets namn:	Vårdkvaliteten av den akut insjuknade äldre patienten –ur närståendes perspektiv
Handledare (Arcada):	Marianne Tast
Uppdragsgivare:	Esbo stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Inom det närmaste femtio åren kommer antalet äldre människor i Finland att öka med över tio procent. Detta ställer högre krav på vården av den äldre patienten. Eftersom diagnostiken av den äldre patienten ibland kan vara svår är det särskilt viktigt med ett gott samarbete med patientens närstående. Syftet med denna studie är således att få beskrivande information om den akut insjuknade äldre patientens vård (på hälsostationen) ur närståendes perspektiv för att kunna förbättra kvaliteten på vården. I denna studie har det gjorts en litteraturanalys av tidigare forskningar kring ämnet samt en liten empirisk studie. I den empiriska studien användes en temaintervju som datainsamlingsmetod. Studien har ett kvalitativt förhållningssätt och ett induktivt tillvägagångssätt. Som teoretisk referensram används Jean Watsons karativa faktorer, som beskriver de viktiga attributen i vårdarbetet. Som analysmetod av materialet användes en kvalitativ innehållsanalys.</p> <p>Resultatet av litteraturanalysen ledde till tre kategorier som påverkar kvaliteten på vården av den äldre patienten. Dessa kategorier är 1) Vårdaren, 2) Vårdens essens samt 3) Information och deltagandet. Dessa kategorier bidrar till att kvaliteten rankas som hög respektive låg av närstående och patienten. Resultatet av den empiriska delen stöder resultatet men gav inte upphov till lika många kategorier. Resultatet av studien är betydande med tanke på det kliniska vårdarbetet. I framtiden kommer man att behöva bättre kunskap i hur man kan möta den äldre patientens individuella behov i den akuta vårdmiljön.</p>	
Nyckelord:	den äldre patienten, akut insjuknad, kvaliteten på vården, närstående
Sidantal:	56
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	15.11.2010

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	2689
Author:	Maria Mattila
Title:	The quality of care of the acute ill elderly patient - from the perspective of relatives
Supervisor (Arcada):	Marianne Tast
Commissioned by:	Town of Espoo
<p>Abstract:</p> <p>In the next fifty years, the number of elderly people in Finland will increase by over ten percent. This places greater demands on care of the elderly patient. Because the Diagnostics for the elderly patient can sometimes be difficult, it is particularly important with a good working relationship with the patient's next of kin. The purpose of this study is thus to obtain descriptive information about the acute ill elderly patient's care (on the health station) from the relatives perspective in order to improve the quality of care. In this study, there has been a literary analysis of previous research on the subject as well as a small empirical study. In the empirical study used a theme interview data collection method. The study has a qualitative and an inductive approach. As a theoretical frame of reference used Jean Watson Carative factors, which describes the important attributes of nursing. As the analysis method of the material used a qualitative content analysis. The results of a literature analysis resulted in three categories, which affect the quality of the care of the elderly patient. These categories are 1) The nurse 2) Care essence as well as 3) information and participation. These categories contribute to quality ranked as high or low by the next of kin and patient. The results of the empirical part support the outcome but did not give rise to as many categories. The results of the study are significant in view of the clinical nursing work. In the future there will be a need to a better understanding in how we can meet the elderly patient's individual needs in the acute care environment.</p>	
Keywords:	The elderly patient, acute illness, quality of the care, relative
Number of pages:	56
Language:	Swedish
Date of acceptance:	15.11.2010

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	2689
Tekijä:	Maria Mattila
Työn nimi:	Akuutisti sairastuneen vanhuspotilaan hoidon laatu – omaisten näkökulmasta
Työn ohjaaja (Arcada):	Marianne Tast
Toimeksiantaja:	Espoon kaupunki
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Seuraavien 50 vuoden aikana Suomessa vanhusten määrä kasvaa yli kymmenen prosenttia. Tämä asettaa suurempia vaatimuksia vanhuspotilaan hoidolle. Koska vanhemman potilaan diagnostiikka joskus voi olla vaikeaa, on erityisen tärkeää luoda hyvät yhteistyösuhteet potilaan omaisen kanssa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on näin ollen saada kuvaavaa tietoa akuutisti sairastuneen vanhuspotilaan hoidosta, omaisten näkökulmasta, hoidon laadun parantamiseksi. Tässä tutkimuksessa on tehty kirjallisuusanalyysi aikaisemmista tutkimuksista aiheesta sekä pienimuotoinen empiirinen tutkimus.</p> <p>Empiirisessä tutkimuksessa käytetään teemahaastattelua tietojen keräysmenetelmänä. Tutkimuksella on laadullinen ja induktiivinen lähestymistapa. Teoreettisena viitekehyksenä on käytetty Jean Watson karatiivisia tekijöitä, jossa kuvataan hoitotyön tärkeitä attribuutteja. Materiaalin analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisältö-analyysia. Kirjallisuus-analyysin tuloksena syntyi kolme luokkaa, jotka vaikuttavat vanhuspotilaan hoidon laatuun. Nämä luokat ovat 1) Hoitaja 2) Hoidonolemus sekä 3) Informaatio ja osallistuminen. Nämä luokat myötävaikuttavat siihen että laatu koetaan korkeana tai matalana potilaan tai omaisen näkökulmasta. Empiirisen tutkimuksen tulokset tukevat tulosta mutta ei antanut aihetta yhtä moneen luokkaan.</p> <p>Tutkimuksen tulos on merkittävä klinisen hoitotyön näkökulmasta. Tulevaisuudessa on tarpeen ymmärtää paremmin, miten voimme vastata vanhuspotilaan yksilöllisiin tarpeisiin akuutissa hoitoympäristössä.</p>	
Avainsanat:	Vanhuspotilas, akuutti sairastuminen, hoidon laatu, omainen
Sivumäärä:	56
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	15.11.2010

INNEHÅLL / CONTENTS

1. Inledning.....	7
2. Bakgrund - den akut insjuknade äldre patienten.....	9
3. Litteraturoversikt	11
3.1. Artikelsökningen	11
Tabell 1. Artikelsökningen	12
3.2. Översikt av forskningsartiklarna	13
4. Teoretisk referensram	18
4.1. Formationen av ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem:	19
4.2. Tro och hopp	19
4.3. Utvecklandet av sensitivitet gentemot sig själv och andra	20
4.4. Utvecklandet av ett hjälpande- tillitsfullt förhållande	20
5. Syfte och centrala frågeställningar.....	22
6. Design.....	24
7. Datainsamlingsmetod - Temaintervju.....	25
8. Etiska reflektioner	26
9. Analysmetod	28
10. Resultatet av litteraturanalysen	29
10.1 Vad är god kvalitet på vården	30
10.2 Vad sänker kvaliteten	34
11. Den empiriska delens genomförande.....	37
12. Resultatredovisning av temaintervjun	38
12.1 Hjälpen på hälsostationen	38
12.2. Information och deltagandet i vården.....	39
12.3 Hur kunde vården förbättras.....	39
12.4. Analys av resultatet	40
13. Kritisk granskning	40
14. Diskussion av studien och resultatet	41
15. Källförteckning.....	43
Bilaga 1	46
Bilaga 2.....	48

Bilaga 3.....	50
Bilaga 4.....	51
Bilaga 5.....	52

1. INLEDNING

Inom de kommande 50 åren kommer befolkningen som är över 65 år att öka med över tio procent. Antalsmässigt betyder detta att antalet äldre människor i Finland år 2060 kommer att vara över 1 786 000. Samtidigt kommer befolkningen mellan 15-64 år att minska med över tio procent relaterat till det totala befolkningsantalet i Finland. Detta ställer högre krav på vården av den äldre patienten. (Tilastokeskus 2009)

Inom äldreservicen har det på senaste tid utvecklats olika verktyg för att utvärdera den insjuknade äldre personen. Detta har även utmanat hälsostationerna att utveckla sitt vårdarbete för att utvärdera den äldre patientens vårdbehov. De verktyg som finns i användning för tillfället för att värdera vårdbehovet stöder inte den akut insjuknade äldre patientens behov tillräckligt bra. Denna studie är ett beställningsarbete från Esbo stad som ingår i ett projekt som stävar till att förbättra vården av den akut insjuknade äldre patienten (Ronkainen 2008) I denna studie görs både en litteraturanalys och en analys av två intervjuer som gjorts på en hälsostation i Esbo.

Denna studie börjar med en allmän bakgrund om den akut insjuknade äldre patienten och på vilket sätt vården av denne kan vara utmanande. Studien fortsätter med en presentation av tidigare forskning inom området. Därefter tas den teoretiska referensramen upp som utgör den röda tråden i arbetet. Syftet och de centrala frågeställningarna är utvecklade på basen av de tidigare forskningarna – vad är värt att veta samt de önskemål projektledaren inom Esbo stad fört fram. Datainsamlingsmetoden beskrivs samt analysmetoden. Därefter refereras både resultatet från litteraturanalysen samt analysen av det empiriska materialet. Studien avslutas med diskussion om resultatet samt kritisk granskning av arbetet.

Nedan följer några definitioner som bör klargöras för att arbetets innebörd skall förstås bättre:

Kvalitet har i denna studie definierats som förmågan att känna igen och tillfredsställa patientens fysiska, psykiska, emotionella, sociala och andliga behov samt förmågan att

känna igen och tillfredsställa närståendes psykiska, emotionella och sociala behov. Kvaliteten kan även värderas med förekomsten av försummelse av patienten. Eftersom man skärt ner mycket på resurserna inom vården finns det en risk att det kommer att leda till försummelse av vården eftersom arbetsbördan ökar och vårdarna då inte har tid att ge den vård som behövs. (Isola et.al. 2003:399-400)

Med **den äldre patienten** menar man i denna studie personer som är över 75 år.

Med **närstående** menas både familjemedlemmar, släktingar samt nära vänner till den äldre patienten.

Akut insjuknande hos äldre definieras i denna studie med att den äldre patientens allmäntillstånd blir akut nedsatt och den äldre patienten mister sin funktionsförmåga. Det är vanligt att den äldre patienten blir råddig, glömsk och att benen inte längre bär. Ju snabbare förändringen sker i den äldre patientens allmäntillstånd desto mer alarmerande är orsaken bakom insjuknandet. (Terveysportti 2010a)

I forskningsöversikten används även forskningar som behandlar kvaliteten av den äldre patienten på långvårdsavdelningar, eftersom dessa patienter ofta hamnat på avdelningen pga. nedsatt allmäntillstånd. I forskningsöversikten används även forskningar där den äldre patienten är över 65 år, eftersom de till sitt innehåll behandlar temat på ett adekvat sätt.

2. BAKGRUND - DEN AKUT INSJUKNADE ÄLDRE PATIENTEN

Vanliga symtom som en den äldre patienten kan ha vid uppsökandet av vård är bland annat hjärt- relaterad smärta, magont, huvudvärk och andfåddhet som uppkommer i olika situationer. Dessutom kan den äldre patienten lida av allmänna symtom såsom feber, illamående, kräkning, yrsel samt allmän svaghet. En vanlig orsak till att den äldre patientens allmäntillstånd snabbt försämras är urinvägsinfektion. Alla ovannämnda symtom påverkar funktionsförmågan. Det är således viktigt att vården börjar snabbt eftersom det kan bli svårt att återfå funktionsförmågan ifall vården dröjer. (Terveysportti 2010a)

När kroppen åldras försvagas justeringsmekanismerna av t.ex. hunger och törst, kroppens reserver minskar och de kompensatoriska reparationsmekanismerna blir försvagade. Dessa leder till att diagnostiseringen av den äldre patienten blir svår. Det svåra med diagnostiken blir att hitta det relevanta i anamnesen, att känna igen symtomen eftersom de ändras i och med åldrandet och dessutom blir tolkningen av de allmänna symtomen svåra då det finns många kliniska fynd. (Tilvis 1999:1581-1582)

Då diagnostiken blir svår är det speciellt viktigt med ett gott samarbete yrkesgrupper emellan och samarbetet med närstående är viktigt. Eftersom många äldre patienter är räddiga då de insjuknar akut eller kanske lider av demens blir närståendes roll extra viktig som den äldre patientens talesman. Patientens egen berättelse om sina besvär kan även bli felaktig på grund av försämrad hörsel och den äldre patienten kanske skäms över att tala om besvär som t.ex. svaghetskänsla och ledbesvär som kan vara symtom på många olika sjukdomar. (Tilvis 1999:1581)

Nedsatt funktionsförmåga och allmän krasslighet som hör till åldrandet utsätter den äldre patienten för specifika men typiska syndrom som ofta leder till nedsatt hälsa och ett ökat behov av hjälp. Man har börjat kalla dessa allmänt förekommande syndrom för geriatrikens jättar. Till dessa jättar hör nedsatt rörelseförmåga, försämrad balans och fall, minnesstörning, delirium och urininkontinens. Ibland har man räknat med bl.a. mångmedicinering och närståendes utbrändhet till gruppen. (Räihä et.al. 2006:1483)

För att beskriva några av de vanligaste geriatriska jättarna tas här upp fall och delirium. Fall är ett vanligt bekymmer hos den äldre patienten särskilt när man kommer över 80 års ålder. De vanligaste orsakerna till fall är de förändringar som sker i kroppen då man åldras; balansen blir sämre, musklerna blir svagare och man rör sig i allmänhet mindre. Andra vanliga skäl till att den äldre faller är olycksfall så som snubblande på mattor och trösklar och fall i trappor. Även olika sjukdomar och mediciner kan förorsaka fall. Diuretika och blodtrycksmediciner är mediciner som ökar risken för fall. (Räihä et.al. 2006:1483-1485)

För att förebygga fall hos den äldre patienten är det viktigt att man vårdar akuta sjukdomar i tid. Eftersom det är vanligt att äldre människor använder många olika mediciner är det skäl för läkaren att se över den äldres mediciner och försöka göra medicineringen så simpel som möjligt. (Räihä et.al. 2006:1485)

Delirium innebär ett snabbt påkommande förvirringstillstånd som på samma sätt som fallandet tyder på att kroppens reserver håller på att ta slut. Vid delirium blir den äldre patientens observationsförmåga sämre, det logiska tänkandet försämrats och den kognitiva funktionsförmågan blir nedsatt. Det är vanligt att den äldre patienten hallucinerar, att sömn- och vakenhetsrytmen blir störd samt att patienten blir desorienterad. Över hälften av deliriumfallen blir odiagnostiserade. (Terveysportti 2010b)

Riskerna för delirium är extra stor för äldre människor som utsätts för en ovanlig psykisk eller fysisk påfrestning. 15-30 procent av de äldre patienter som vårdas på sjukhus drabbas av delirium. De faktorer som är särskilt exponerande för delirium är hög ålder, demens, störningar i hjärnans blodcirkulation, svag funktionsförmåga, mångmedicinering samt dålig syn och hörsel. Akut sjukdom och trauma är även vanliga faktorer som utlöser delirium. För att förebygga delirium hos äldre sjukhuspatienter är det viktigt att ta i beaktande försämrad hörsel och syn, att tillgodose elektrolytbalansen, sträva till en normal sömnrhythm samt aktiv rehabilitering. (Räihä et.al. 2006:1485-1486)

3. LITTERATURÖVERSIKT

3.1. Artikelsökningen

Vid sökningen av artiklar användes de vårdvetenskapliga databaserna Cinahl (Ebsco) och Medline. I Cinahl hittades de artiklar som används i studien. Som sökord användes "older people", "elderly", "aged", "relatives", "quality", "quality of care", "acute care" och "urgent care". Genom att kombinera orden på olika sätt och genom att begränsa artiklarna till åren 2000-2010 hittades nio passande artiklar. I vissa fall blev träffarna så många att sökningen begränsades till fulltext. I tabell 1 nedan finns en noggrannare redogörelse för sökprocessen.

De artiklar som handlade direkt om en viss patientgrupp, så som diabetes eller lunginflammation, slopades eftersom dessa ämnen var så specifika. De artiklar som inte fanns som fulltext, men som hade ett intressant abstrakt söktes via Terkkos bibliotek.

Forskningsartiklarna handlar alla om hur antingen närstående och patienten eller enbart närstående upplever vården av den äldre patienten. De forskningar som användes är gjorda på antingen ålderdomshem, specialboenden, långvårdsavdelningar eller så är de i direkt anknytning till akuta sjukhusmottagningar. En av artiklarna är en litteraturöversikt.

Eftersom antalet intervjuer blev få och resultatet av analysen så ledes blev snäv fördjupades forskningsöversikten ytterligare. Då användes samma databaser och samma sökord. I denna sökning hittades tre nya artiklar från år 2010. Artiklarna hade publicerats efter att den första datasökningen redan var gjord. Dessa artiklar tas upp i den kompletterade forskningsöversikten.

Tabell 1. Artikelsökningen

Sökord	Databas	Begränsning	Träffar	Vald artikel	Tidpunkt för sökningarna:
elderly AND relatives AND quality	Cinahl – Ebsco	Åren 2000-2009	14	Tre artiklar hittades: 1) (Häggström et.al. 2007) Relatives' struggle for an improved and more just care for older people in community care. 2) (Isola et.al. 2003) Family members' experience of the quality of geriatric care. 3) (Lindhardt et.al. 2008) Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory	April-maj 2009
relatives AND quality of care	Cinahl – Ebsco	Åren 2000-2009 Full-text	38	Två artiklar hittades: 1) (Attree 2001a) A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. 2) (Wressle et.al. 2008) Relatives' perspective on the quality of geriatric care and rehabilitation -- development and testing of a questionnaire.	April-maj 2009
acute care AND relatives	Cinahl – Ebsco	Åren 2000-2010	42	(Higgins et.al. 2007) The immediate needs of relatives during the hospitalization of acutely ill older relatives.	Maj 2009
Kompletterande forskningsöversikt juni-september 2010					
elderly AND relatives AND acute care	Cinahl – Ebsco	Åren 2000-2010	10	(Bridges et.al. 2010) Older people's and relatives' experiences in acute care setting: Systematic review and synthesis of qualitative studies	Juni 2010
older people AND relatives AND quality	Cinahl – Ebsco	Åren 2000-2010	22	(Hasson & Arnetz 2010) A comparative study of nursing staff, care recipients' and their relatives' perceptions of quality of older people care	September 2010
aged AND urgent care	Cinahl – Ebsco	Åren 2000-2010	79	(Bridges & Nugus 2010) Dignity and significance in urgent care: older people's experiences	September 2010

3.2. Översikt av forskningsartiklarna

År 2001 publicerades Moira Attrees studie (Attree 2001a) om vilka kriterier som vårdare, chefer, närstående och patienter använder för att evaluera kvaliteten på vården. I denna studie användes en kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer. Allt som allt intervjuades 77 personer från en akut medicinsk avdelning. I resultatet kom det upp tre olika grupper som representerar kvaliteten på vården; 1) vårdens resurser, 2) vårdprocessen samt 3) vårdens resultat. Gruppen 'vårdens resurser' innefattade bl.a. att det måste finnas tillräcklig och kompetent vårdpersonal för att kvaliteten på vården skall vara god. Både läkare och vårdare måste ha erfarenhet, självsäkerhet och ha en bra utbildning samt tillräckligt med tid för att tillfredsställa patientens alla behov. Till vårdens resurser räknades även en trevlig sjukhusmiljö, korta väntetider och tillräckligt många patientsängar för att kvaliteten på vården skulle vara bra. (Attree 2001a:67-71)

Till kategorin "vårdprocessen" räknas allt som har att göra med vården av patienten samt med vårdarens karaktär. Hit hör allt från planering, evaluering, dokumentering till medicinering, information och lyssnandet. Dessa olika faktorer påverkar kvaliteten på vården. Bland annat kom det i denna kategori upp att det är väldigt viktigt att man möter patientens alla behov. Kategorin 'vårdens resultat' innefattar vad patienten upplever sig ha fått ut av vården och hur denne känner sig efter att ha blivit vårdad. (Attree 2001a:72-76)

Forskningsartikeln "*Family members' experiences of the quality of geriatric care*" (Isola et.al. 2003) är en finsk studie utförd på en geriatrisk långvårdsavdelning. Syftet med studien är att evaluera familjemedlemmarnas åsikt om kvaliteten på vården och jämföra svaren med de resultat som fåtts i en liknande studie 1998. Resultatet i studien visade att familjemedlemmarna överlag var nöjda med vården av de äldre. I studien hade man skilt åt den fysiska, den psykiska och den sociala vården. 70 procent av familjemedlemmarna var rätt så nöjda med den fysiska vården, dvs. personlig hygien, påklädning, nutrition, sömn och vila. Överlag var familjemedlemmarna även nöjda med den psykiska vården av de äldre. Till denna kategori räknades bl.a. respekt för personliga vanor, känsla av säkerhet, bevarandet av integritet och möjlighet att diskutera andliga frågor. Familjemedlemmarna var måttligt nöjda med den sociala vården. Denna ka-

tegori innefattar bl.a. tillfredsställandet av patientens och familjemedlemmarnas sociala behov, arrangerandet av evenemang, information och deltagandet i vården. (Isola et.al. 2003:399-404)

”Relatives’ perspective on the quality of geriatric care and rehabilitation – development and testing of a questionnaire” (Wressle et.al. 2008) är en forskning utförd i Sverige för att utveckla ett frågeformulär som mäter närstående åsikter om kvaliteten på den geriatriska vården. Tidigare forskningar har visat att närstående tenderar att värdera vården med lägre kvalitet än vad patienten själv gör. Således är det viktigt att även närståendes åsikter tas i beaktande. I denna forskning fokuserade man på nio olika kategorier; information, deltagande, valbarhet, service, uppmärksamhet, stöd, respekt, bekymmer och förväntningar. (Wressle 2008:591)

Resultatet av studien visade att närstående ansåg att den äldre patienten hade vårdats med respekt, att personalen lyssnade på patienten, personalen tog patientens problem på allvar samt att man kände sig vara i trygga händer hos den kompetenta personalen. De faktorer som rankades med låga kvalitetspoäng var informationen som närstående fick om avdelningens rutiner, namnet på den vårdande läkaren, om man hade möjlighet att tala med den vårdande läkaren, deltagandet i beslutsfattandet och deltagandet i planeringen om utskrivning av patienten. (Wressle et.al. 2008:591-594)

”Relatives’ struggle for an improved and more just care for older people in community care” (Häggström et.al. 2007) är en kvalitativ studie med syftet att beskriva närståendes erfarenheter av den äldre patientens vård i speciella institutioner för äldre. I studien intervjuades 17 närstående. Resultaten i studien ledde till fyra kategorier som beskriver kvaliteten på vården; att lita på vårdaren, att bli bekräftad, att lita på vården och att få den vård man anser sig ha rätt att få. I kategorin ’att lita på vårdaren’ kom de upp att över hälften av närstående ansåg att vårdarna hade en otillräcklig utbildningsnivå samt att vårdarna inte alltid visste när det var rätt tidpunkt att ge en viss typ av medicin. De kom även fram att nästan alla närstående ansåg att vårdarna inte hade tillräckligt med tid att ge åt patienterna. (Häggström et.al. 2007:1749,1752)

I kategorin ’att bli bekräftad’ kom det bl.a. upp hur viktigt det är med deltagandet i vården av patienten. Ofta upplevde närstående att initiativet måste komma från deras sida

då de ville involvera sig i vården av den äldre. Närstående var även oroliga att patienterna skulle få lida konsekvenserna om närstående började ifrågasätta vården. Kategorin 'att kunna lita på vården' innehåller patientens fysiska, mentala, sociala och akuta vårdbehov. Enligt närstående i studien fick patienterna inte vistas utomhus tillräckligt mycket. Patienterna lämnades även mycket ensamma i sina rum. Närstående önskade även att patienterna skulle ha kontakter utanför institutionen. I kategorin 'att få den vård man anser sig ha rätt till' kom det upp att många närstående ansåg att pengar styr vården av den äldre patienten idag. (Häggström et.al. 2007:1753-1754)

Hassons och Arnetz (2009) gjorde en studie om vårdares, patients och närståendes uppfattning om kvaliteten på vården av äldre. De använde sig av en enkät med frågor som handlade om kvaliteten överlag, informationen, aktiviteter, vården i allmänhet och personalens expertis. Resultatet i studien visade att patienterna överlag värderade kvaliteten högre än vad både vårdarna och närstående gjorde. En intressant del av resultatet var att vårdarna värderade kvaliteten på informationen högre än vad på patienter och närstående gjorde. Detta kan tyda på att vårdarna inte har full insikt i vad för slags information patienten och närstående har behov av att få. Det finns således behov till förbättringar i kommunikationen mellan personalen, närstående och patienten. Resultaten i Hassons och Arnetz studie visade även att den äldre patienten inte enbart är nöjd med att någon ser efter deras fysiska hälsa, så som personlig hygien, måltider och praktiska saker. Det har även behov av sociala och psykiska stimulus och aktiviteter. (Hasson&Arnetz 2009:5-12)

'The immediate needs of relatives during the hospitalisation of acutely ill older relatives' (Higgins et.al 2007) är en australiensk studie från år 2007 vars syfte är att undersöka närståendes behov då den akut insjuknade äldre patienten vårdas på sjukhus. Analysen av datainsamlingen ledde till två övergripande teman; att informeras och att finnas där. Att informeras innebär hurdan information närstående behöver och varför det är så viktigt för dem. Att finnas där illustrerar hur närstående uppfattar sina roller och sitt ansvar då den äldre patienten vårdas på sjukhuset. (Higgins et.al. 2007:208)

Resultatet av studien visade att det var viktigt för närstående att veta vem som hade befogenhet att ge information om vården av den äldre patienten. De behövde även få veta vem som ledde vården och vem som kunde ge den mest aktuella och omfattande in-

formationen. Det hände ofta att närstående fick olika information av olika professionella grupper. Detta ledde till att närstående kände sig förvirrade och oroliga. För närstående var det viktigt att informationen man fick var noggrann och respektfull. Närstående i studien ansåg det vara viktigt att de skulle få dela ansvaret av vården eftersom närstående har ett behov att finnas där för patienten. (Higgins et.al. 2007:213-215)

Studien *"Older people's and relatives' experiences in acute care setting: Systematic review and synthesis of qualitative studie"* (Bridges et.al.2010) publicerades tidigare detta år och är en litteraturöversikt över tidigare forskning om närståendes och patienters erfarenheter av den akuta sjukvården. I resultatet steg det fram flera olika temaområden. Bland annat visade det sig att äldre patienter ofta tar den tekniska vården för given och att de goda eller dåliga erfarenheterna av vården oftast har att göra med förhållandet till vårdarna. Den äldre patienten i sjukhuset kan känna sig värdelös, rädd eller att denne inte har kontroll över vad som händer. Tre huvudteman steg fram som ständigt medlade dessa negativa känslor och i stället bringade fram positiva känslor. Dessa teman var att ansluta sig till någon, att bevara sin identitet samt att fatta beslut tillsammans. (Bridges et.al. 2010:89)

Temat 'att ansluta sig till någon' uppstod då både patienter och närstående ofta beskrev att det förhållande de hade till personalen och varandra var ett av de viktigaste elementen för deras erfarenheter av den akuta sjukhusmiljön. Ifall patienten hade ett ömsesidigt förhållande med personalen fick detta patienten att känna att personalen kände igen och kunde tillfredsställa deras behov. För närstående var det även viktigt att vara en del av detta förhållande för att kunna försäkra sig om att patienten var trygg, men även för att få sina egna behov igenkända och tillfredsställda. Temat 'att bevara sin identitet' innebär för patienten en möjlighet att få komma ihåg och relatera till viktiga personer i deras liv och viktiga händelser. För den äldre patienten är det viktigt att personalen känner till och accepterar deras individuella behov. Temat 'att fatta beslut tillsammans' har att göra med deltagandet i beslutsfattandet. Känslan av oro har visat sig minska då patienten och närstående förstår vad som händer och vad som planeras. Det är viktigt att personalen diskuterar individuellt med patienten och närstående om planerna av vården. (Bridges et.al. 2010:93, 97)

"Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and it's relation to satisfaction with the hospital care trajectory" (Lindhardt et.al.2008) är en studie från 2008 vars syfte är att undersöka samarbetet mellan närstående och vårdare bland de närstående som rapporterat hög jämfört med låg tillfredsställelse med vårdprocessen, dvs. inskrivningen, vistelsen på sjukhuset samt utskrivningen. Resultatet av studien visade att låg tillfredsställelse var signifikant relaterat till låg grad av samarbete mellan närstående och vårdare. Andra faktorer som var relaterade till en låg grad av tillfredsställelse var närståendes känsla av skuld och maktlöshet, om närstående hjälpt patienten i mindre än ett år och om närstående upplevde att de inte erbjudit psykosocial hjälp till den äldre patienten. (Lindhardt et.al. 2008:507)

Resultatet visade även att hela 77,8 procent av närstående var nöjda med inskrivningsfasen av vården. 70,1 procent var nöjda med själv vistelsen på sjukhuset och 61,1 procent var nöjda med utskrivningsfasen. De som rapporterade sig vara missnöjda med inskrivningsfasen hade oftare högre utbildning eller var själva inom vårdbranschen. De rapporterade även oftare att de kände skuld och maktlöshet. Även de som var missnöjda med vistelsen på sjukhuset eller missnöjda med utskrivningsfasen hade oftare rapporterat att de kände skuld och maktlöshet. Resultatet av studien ger en bredare förståelse till vilka faktorer som kan påverka närståendes erfarenheter av vården. Det är således en utmaning för vårdare att identifiera de närstående som upplever vårdsituationen som emotionellt svår och erbjuda dem stödande interventioner. (Lindhardt et.al. 2008:512-518)

"Dignity and significance in urgent care: older people's experiences" (Bridges & Nugus 2010) är en studie publicerad 2010 som handlar om patienters och närståendes erfarenhet av den akuta vården. Studien rapporterar hur viktigt det är att den äldre patienten kan känna sig betydelsefull då denne vårdas i den akuta sjukhusmiljön. Resultatet visade att den äldre patienten ofta känner att dennes individuella betydelse försvinner. En del patienter ifrågasatte sin rättighet att vara i den akuta vårdmiljön och ansåg att de var mindre värdefulla jämfört med de andra patienterna som vårdades på akutmottagningen. För patienterna var det ändå viktigt att få den rätta slags vård de behövde, eftersom detta gav dem en känsla av trygghet. (Bridges & Nugus 2010:43)

Resultatet visade att patienterna upplevde att personalen prioriterade rutinuppgifter framöver den individuella vården av patienten. Detta ledde till att patienten kände sig

mindre betydelsefull samt antog en passiv roll. En del av informanterna ansåg även att de prioriterades lägre pga. sin höga ålder. En del av patienterna upplevde att personalen inte förstod alla deras behov och att de inte gav dem individuell uppmärksamhet. Patienterna och närstående uppskattade en vänlig och personfokuserad vård från personalen, eftersom detta höjde deras känsla av att vara en betydelsefull individ. (Bridges & Nugus. 2010:48-50)

4. TEORETISK REFERENSRAM

I denna studie kommer Jean Watsons teori om de tio karativa faktorerna att användas som teoretisk referensram, eftersom hennes teori beskriver de viktiga attribut som en vårdare borde ha i sitt arbete med andra människor. De karativa faktorerna formar grunden till förståelsen av vårdandet som en vetenskap. Vetenskapen om vårdandet har vissa grundantaganden; bland annat att vårdandet endast kan praktiseras i ett interpersonellt förhållande samt att vården består av olika karativa faktorer som resulterar i tillfredsställelse av vissa mänskliga behov. Man accepterar personen som den hon är och som den hon kan bli. (Watson 1985:7-9)

De tio karativa faktorerna är de faktorer som vårdarna använder i vården av patienten. De är utvecklade från en humanistisk filosofi som är central i vårdandet av en annan människa och de grundar sig på en ständigt växande vetenskaplig grund. De karativa faktorerna formar helheten i vårdandet och framställer vårdandet som en djup mänsklig aktivitet. Eftersom de karativa faktorerna är breda till sitt innehåll, kommer endast de fyra första faktorerna att behandlas i denna studie. De fyra första faktorerna är grundläggande faktorer för vårdandet som en vetenskap och passar bra således bra som teoretisk referensram i denna studie. (Watson 1985:7-10)

4.1. Formationen av ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem:

Vårdandet grundar sig på olika mänskliga egenskaper, så som vänlighet, omtanke och kärlek till sig själv och andra. Ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem innebär att man får genom att ge. Man ser mänskligheten med kärlek och man uppskattar olikheter och individualitet. Ens egna mänskliga värden och altruistiska beteende kan utvecklas genom att man blir mer medveten om sina åsikter, vad man tror på och sina personliga värderingar. Altruistiska värderingar och ett altruistiskt uppträdande ger mening i livet genom relationer till andra människor. Formationen av ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem är en den första och mest grundläggande faktorn i vårdandet eftersom den befrämjar den professionella vården att bli så bra som möjligt. (Watson 1985:10-12)

4.2. Tro och hopp

I den vårdande processen är det viktigt att vårdaren kan inge patienten en känsla av tro och hopp för både vårdaren och behandlingen. Tro och hopp kan hjälpa patienten att ta emot den information som vårdaren ger och det kan även ändra patientens attityder till sina livsvanor så att denne börjar sträva efter mer hälsosamma vanor. Installationen av tro och hopp är en så pass grundläggande faktor att den kan inverka på vårdprocessen samt resultatet av sjukdomen. Tro och hopp bygger på ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem där vårdaren stävar till att vårda människan som en helhet på ett professionellt sätt med positiv hälsa som resultat. Formationen av ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem samt tro och hopp kompletterar varandra och bidrar till den tredje karaktäristiska faktorn som behandlas nedan. (Watson 1985:12-16)

4.3. Utvecklandet av sensitivitet gentemot sig själv och andra

Det ända sättet att utveckla sensitivitet gentemot sig själv och andra är genom att känna igen och tillåta sig att känna både smärtsamma och glädjefulla känslor. Genom att man känner igen och utvecklar sina känslor leder det till en psykologisk tillväxt samt att man kan acceptera sig själv som den man är. En balanserad sensitivitet till ens egna känslor gör att man kan vara empatisk i bemötandet av andra människor. (Watson 1985:16-17)

Ifall man inte är sensitiv gentemot sina egna känslor är det svårare att vara sensitiv till andras känslor. Ifall man förtrycker sina egna känslor kan det hända att man inte kan tillåta den andra personen att uttrycka sina känslor. Om vårdaren skyddar sina egna känslor kan det leda till att vårdaren sätter på sig en slags professionell mask som i sin tur leder till att vårdaren formar opersonliga, lösryckta relationer till patienten. Det är viktigt att vårdaren är genuin mot sig själv och sina känslor, eftersom det befrämjar äkthet och sensitivitet gentemot andra. När denna karativa faktor fungerar arbetar vårdaren som en hel person och kan vårda människan som en helhet. Då kan både patienten och vårdaren bibehålla sina egna identiteter. (Watson 1985:17-18)

4.4. Utvecklandet av ett hjälpande- tillitsfullt förhållande

Kvaliteten på det hjälpande- förtroende förhållandet är beroende på de tre tidigare nämnda karativa faktorerna. Känslighet och mottaglighet hos vårdaren i en interpersonell kommunikation är några av de viktigaste verktygen inom omvårdnaden. Om patienten känner att vårdaren verkligen bryr sig och ser patientens individuella behov och bekymmer är det mer sannolikt att patienten kommer att börja lita på vården och även känna hopp och lättare kunna tala om känsliga saker. Utvecklandet av ett hjälpande- förtroende förhållande är ett grundläggande tecken på hög kvalitet på vården. För att förhållandet skall kunna utvecklas måste vårdaren först lära känna den andra personen och dennes livsvanor och fenomenologiska syner på världen. Vårdaren måste se den andra personen som en individuell tänkande och kännande person. (Watson 1985:24-25)

För utvecklandet av ett hjälpande- förtroende förhållande måste vårdaren ha en del andra egenskaper förutom de tre ovannämnda karaktäristiska faktorerna. Dessa egenskaper är:

1) Kongruens

Kongruens är nära förankrad till den karaktäristiska faktorn ”utvecklandet av sensitivitet gentemot sig själv och andra” och innebär att vårdaren är den hon och han ser ut att vara, dvs. genuin och utan en professionell mur. Kongruens innebär att vara öppen mot de känslor och attityder som uppstår inom ett visst ögonblick. Man är ärlig, ”riktig” och autentisk. Ju mer sensitiv man är till sitt eget inre och ju mer öppen man är med sina känslor desto högre är ens grad av kongruens. Ifall man försöker dölja sina känslor eller försöker gömma sig från sitt eget inre finns det en risk att man använder sina känslor destruktivt i förhållandet med en annan person, vilket i sig påverkar kvaliteten på vården negativt. (Watson 1985:26-27)

2) Empati

Empati är ett annat essentiellt villkor för utvecklandet av ett hjälpande- tillitsfullt förhållande. Empati innebär vårdarens förmåga att uppleva den andra personens privata värld och känslor och få den andra personen att känna att man verkligen förstår. Det är viktigt att man förnimmer vad den andra känner och således uppstår en hjälpande kommunikation i förhållandet. En empatisk vårdare känner igen och accepterar den andra personens känslor utan att själv känna sig obehaglig till mods, rädd eller arg. Detta gör det lättare att hjälpa den andra personen. Empatisk förståelse hos vårdaren får den andra personen att känna sig viktig och värd vårdarens tid. (Watson 1985:28-30)

3) Icke possessiv värme

Icke possessiv värme innebär att vårdaren kan förmedla en icke hotfull, trygg, tillitsfull eller säker atmosfär genom accepterande eller positiv hänsyn. Icke possessiv värme är relaterat till förbehållslös positiv hänsyn, vilket innebär att vårdaren uppskattar den andra personen i helhet. Vårdaren dömer inte och utvärderar inte den andras känslor.

Man kan visa värme gentemot den andra personen på olika nonverbala sätt, t.ex. genom att hålla ögonkontakt till den andra, vara avslappnad, vända sig mot personen man talar med eller ha ett ansiktsuttryck som passar den andras emotionella stämning. (Watson 1985:30-33)

Nedan är de tio karativa faktorerna uppräknade i sin helhet:

- 1) Formationen av ett humanistiskt- altruistiskt värdesystem
- 2) Tro och hopp
- 3) Utvecklandet av sensitivitet gentemot sig själv och andra
- 4) Utvecklandet av ett hjälpande- tillitsfullt förhållande
- 5) Uttryckandet av känslor, både positiva och negativa
- 6) Systematiskt användande av en vetenskaplig problemlösande metod när man fattar beslut
- 7) Främjandet av mellanmänniskt undervisande - lärande
- 8) Provision för en stödande, skyddande och/eller korrektiv mental, fysisk, socio-kulturell och andlig miljö
- 9) Hjälpa till att tillfredsställa mänskliga behov
- 10) Tillåtandet av existentiella - fenomenologiska krafter

5. SYFTE OCH CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR

Eftersom antalet äldre patienter hela tiden ökar i vårt samhälle är det viktigt att utföra studier kring den geriatriska vården för att kunna öka kvaliteten på vården. Den äldre patientservicen har utvecklat vissa verktyg för att kunna bedöma vården av äldre, bland annat ett verktyg för att konstatera en sänkning i allmäntillståndet samt remisspraxis. Detta har utmanat hälsostationerna att utveckla verktyg för att även bedöma kvaliteten på vårdarbetet samt behovet av vård. (Ronkainen 2008)

Eftersom detta är ett projektbundet arbete fanns det ett klart syfte med studien från projektledarens sida; att få beskrivande information om den akut insjuknade den äldre pati-

entens vård på hälsostationen för att kunna förbättra kvaliteten på vården. Ett av önskemålen var att få en vinkling på ämnet ur närståendes perspektiv, dvs. hur upplever närstående kvaliteten på vården. Således är det första syftet att få beskrivande information om kvaliteten på vården av den akut insjuknade den äldre patienten ur närståendes perspektiv för att förbättra vården av patienten.

Efter att ha läst tidigare forskningar kring ämnet steg det fram två områden som jag upplevde som viktiga även för denna studie. Således blev det andra syftet att få reda på hur närstående upplever sitt deltagande i vården och hur de önskar att de kunde delta i vården samt att få reda på hur närstående upplevde att de blev hjälpta på hälsostationen och hur de önskar att de hade blivit hjälpta.

De centrala frågorna för studien blev utgående från syftena följande:

- Vad anser närståendes att är god vård?
- Hur upplever närstående sitt deltagande i vården på hälsostationen samt hur önskar närstående att de kunde delta i vården?
- Hur upplever närstående att de blir hjälpta på hälsostationen samt hur önskar de att de kunde bli hjälpta?

6. DESIGN

Datainsamlingsmetoden som kommer att användas i den här studien är en kvalitativ metod. Då man samlar in kvalitativ data använder man sig av en öppen metod där undersökaren försöker styra informationen som samlas in så lite som möjligt. På det här sättet får informanten uttrycka sig med egna ord och man får fram informantens åsikter och egna tolkningar. Först efter att man samlat in datan börjar man i analysen kategorisera och strukturera datan. (Jacobsen 2007:48-49)

Med kvalitativ metod vill man karaktärisera något och man söker efter kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver det ämne man undersöker. Den kvalitativa metoden passar bra i denna studie eftersom man med denna metod försöker få mer information om ett oklart tema. I den här situationen passar en temaintervju bra för att bäst få reda på hur informanten tolkar och förstår vissa situationer. (Jacobsen 2007:56) (Olsson & Sörensen 2007:80)

Denna studie har ett induktivt förfaringssätt eftersom slutsatser kommer att härledas från informanternas unika erfarenheter och tankar om situationen. Med hjälp av slutsatserna från dataanalysen kan man sedan försöka bilda en teori. Det är viktigt att hålla i minnet att då man går induktivt till väga har man alltid sina erfarenheter med sig, samt den information man fått av att läsa in sig på ämnet. Detta fungerar som en slags förförståelse. Då man samlar in data är således viktigt att man försöker styra informanten så lite som möjligt och att man inte har någon bestämd uppfattning om hurdana svar man förväntar sig få. Detta kan leda till att man bara ser det man förväntar sig. Då man förhåller sig öppet till svaren får man information som är korrekt och relevant och som återspeglar verkligheten. Den kvalitativa datainsamlingsmetoden kan vara flexibel eftersom probleminställningen kan förändras i den takt man får information från det insamlade data. (Lindholm 2007:47) (Jacobsen 2007:49-50)

7. DATAINSAMLINGSMETOD - TEMAINTERVJU

I denna studie kommer en temaintervju att användas som datainsamlingsmetod, eftersom man i denna studie är intresserad av vad den undersökta människan har att berätta. I denna studie vill man få fram vad den enskilda individen har för inställning och åsikter till fenomenet som undersöks. Den enskilda personens tolkning kan således inte säga beskriva vad en hel grupp människor anser om fenomenet. Man är intresserad av att veta hur människan tolkar och förstår det man undersöker. (Jacobsen 2007:93)

Själva intervjun innebär ett slags samtal som sker genom intervjuarens initiativ. Intervjun i sig är tidskrävande och skall helst ske i ett lugnt rum. I en halvstrukturerad intervju, dvs. temaintervjun, är frågorna samma för alla informanter, men informanterna får svara på frågorna med egna ord och är inte bundna till svarsalternativ. Grunden för att man skall kunna genomföra en temaintervju är att man vet att informanterna varit med om en viss situation, samt att intervjuaren läst in sig på det ämne som tas upp i intervjun. På basen av bakgrundsinformationen gör man sedan en innehålls- och situationsanalys och på basen av den analysen bygger man sedan upp en intervjustomme. (Hirsijärvi & Hurme 2000:47) (Jacobsen 2007:92-93)

I intervjustommen har man färdigt bestämt vissa temaområden som berör ämnet man studerar. De viktigaste med temaintervjun är att alla temaområden gås igenom med varje informant. Däremot kan man variera ordningsföljden mellan frågorna med de olika informanterna. Intervjuaren har inte färdigt formulerade frågor utan endast stödord över de saker som skall behandlas. (Aaltola & Valli 2000:24-27)

De temaområden man väljer delas in i s.k. huvudkategorier. Under kategorierna har man sedan stödord som är själva temaområdets stödstomme. Stommens uppgift är att se till att alla temaområden kommer att diskuteras med varje informant. Det kan finnas mycket variationer i hur mycket informanterna svarar inom de olika temaområdena. Vissa kan svara mycket om ett tema och nästan inget om ett annat. Det är viktigt att intervjuaren vet när det är dags att flytta sig vidare till nästa ämne om man inte verkar komma någon vart i ett visst temaområde. (Aaltola & Valli 2000:33-36)

Samplet i den empiriska delen av studien består av närstående till över 75 åriga akut insjuknade äldre patienter på hälsostationen. Denna informantgrupp steg fram redan i presentationen av projektet som studien hör till. De temaområden som tas upp i denna studie kan läsas i bilaga 3. Intervjuerna kommer att bandas in med diktafon, vilket framgår i blanketten om informerat samtycke (bilaga 1). Respondenten kommer även att göra anteckningar under intervjun. Om det bara är möjligt kommer intervjun att äga rum i ett lugnt och ostört rum.

8. ETISKA REFLEKTIONER

I varje studie råkar man ut för etiska problem. De etiska reflektionerna är närvarande i olika stadier av studien. En studie innebär ofta att man gör ett intrång i människans privata liv. Det kan ibland leda till ett etiskt dilemma. Forskaren önskar kartlägga ett fenomen och kan då riskera att kränka någon av de personer som är med i undersökningen. (Kvale 1997:104) (Jacobsen 2007:21)

Ett centralt mål inom forskningar inom vården är att få fram kunskap som kan förbättra människans situation och ge denne ökat värde. Då syftet för studien stiger fram bör man reflektera över på vilket sätt den förbättrar situationen för de personer som studien gäller. Eftersom denna studie behandlar kvaliteten på vården som erbjuds människor i vårt samhälle baserar sig de viktigaste etiska principerna på informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och anonymitet. (Hirsjärvi & Hurme: 19-20) (Kvale 1997:104-105)

Informerat samtycke innebär att man informerar de personer som kommer att delta i studien om undersökningens syfte, om hur studien är upplagd samt vilka möjliga risker och fördelar studien kan ha för deltagarna. Informerat samtycke betyder även att deltagandet i studien är frivillig samt att man får dra sig ur undersökningen när man vill utan att känna press från forskaren att delta. För att informanterna i denna studie skall kunna välja fritt om de vill delta kommer de att få en blankett med tillräcklig information om studien där studiens syfte, mål och datainsamlingsmetod framgår. Samtycket kommer

att erhållas skriftligt av deltagarna genom ett brev som ges åt informanterna vid intervjutillfället. Brevet om informerat samtycke till deltagarna i denna studie kan läsas i Bilaga 1. (Kvale 1997:107, 113) (Jacobsen 2007:22-23)

Risken att man kränker informantens privatliv finns främst i att man kan identifiera en person i datamaterialet. Således är konfidentialitet i en studie viktig, som innebär att man inte redovisar sådana privata data i studien som man skulle kunna identifiera deltagarna i studien med. Man bör skydda deltagarnas privatliv genom att ändra på deras namn och identifierande drag då man redovisar resultatet. Ifall man bryter löftet om konfidentialitet kan man skada informantens förtroende för undersökaren. Endast undersökaren och handledaren kommer i denna studie att ha tillgång till råmaterialet och det kommer att förstöras efter dataanalysen. (Kvale 1997:109) (Jacobsen 2007:24-25)

Då man utför en intervjustudie bör man alltid uppmärksamma de möjliga konsekvenserna gällande den möjliga skadan för deltagarna i studien. Man bör även uppmärksamma de förväntade fördelarna med deltagandet i studien. Detta innebär för forskaren ett ansvar att tänka igenom konsekvenserna både för deltagarna i studien men även för den större grupp av människor som studien representerar. (Kvale 1997:110)

Forskaren har en skyldighet att i så stor mån som möjligt återge resultatet på ett fullständigt sätt och placera in det i sitt sammanhang. I praktiken är det förstås inte möjligt att återge ett fullständigt resultat eftersom det skulle innebära att man måste presentera exempelvis råutskrift av intervjuer. En korrekt resultatredovisning innebär även att man inte förfalskar data och resultat. Det kan nämligen finnas flera omständigheter som kan göra det frestande att förfalska resultat eller lämna bort vissa relevanta delar av resultatet som inte stöder forskarens egen syn. Förfalskning av resultat är etiskt förkastligt. (Jacobsen 2007:26-27)

9. ANALYSMETOD

Analysmetoden som används i denna studie är en kvalitativ innehållsanalys där man analyserar skriven, verbal eller visuellt material. Innehållsanalys ger forskaren möjlighet att testa teoretiska resultat för att få bättre förståelse av data. Med hjälp av innehållsanalysen kan man placera ord i underkategorier och de ord som är i samma kategori får samma betydelse. Avsikten med denna analysmetod är att skaffa kunskap, inte nya insikter, representera fakta samt att ge en praktisk guide för praktiken. Resultatet av analysen delges genom kategorier eller koncept. (Elo & Kyngäs 2007:107-108)

Den kvalitativa innehållsanalysmetoden kan användas på ett induktiv eller deduktivt sätt. Vilket sätt som används utgår från studiens syfte. Ifall det inte finns tillräckligt med tidigare kunskap om ämnet är det bättre att använda sig av ett induktivt närmelsesätt. Då är kategorierna härledda i en induktiv innehållsanalys och man går från specifik data till större helheter. Deduktiv innehållsanalys används däremot då man redan har kunskap om ämnet i fråga och vill prova en teori. Eftersom det deduktiva förhållningssättet baserar sig på en tidigare teori eller modell går man allmän data till mer specifik. (Elo & Kyngäs 2007:109)

I denna studie kommer ett induktivt närmelsesätt att användas både i analysen av tidigare forskningar samt då det insamlade empiriska materialet analyseras. Efter att man samlat in data blir nästa steg i den induktiva data-analysen att organisera den kvalitativa datan. Detta innebär öppen kodning av data, bildandet av kategorier och abstrakt. Öppen kodning innebär att medan man läser igenom det insamlade materialet gör man anteckningar och rubriker i texten. Sedan läser man på nytt igenom materialet och marginalen skriver man in så många rubriker som behövs för att representera alla aspekter av innehållet. (Elo & Kyngäs 2007:109).

Efter den öppna kodningen grupperar man kategorierna i högre och lägre kategorier eller rubriker. Målet med denna gruppering av data är att reducera antalet kategorier genom att slå samman kategorier med liknande innehåll. Syftet med kategoriseringen är att skaffa medel som beskriver det undersökta fenomenet för att öka förståelsen om äm-

net. Vidare kan man genom abstraktion formulera en allmän beskrivning av ämnet genom generaliserande kategorier som får en rubrik efter sitt innehåll. Underkategorier med liknande händelser och incidenter är grupperade i kategorier och dessa kategorier bildar tillsammans huvudkategorierna. Abstraktionsprocessen fortsätter så länge det är resonligt och möjligt. (Elo & Kyngäs 2007:111)

Analysprocessen bör beskrivas på ett tillräckligt detaljerat sätt så att läsaren får en klar bild av hur analysen gjordes samt dess styrkor och begränsningar. (Elo & Kyngäs 2007:112) Nedan följer denna studies analysprocess.

Analysprocessen

Analysprocessen påbörjades med att läsa igenom de valda artiklarna för att få en helhetsblick över innehållet. Sedan lästes artiklarna igenom på nytt och samtidigt antecknades möjliga huvudrubriker i marginalen och viktiga ord och meningar streckades under. De rubriker, meningar och ord som ansågs beskriva innehållet i forskningarna på ett tillräckligt omgående sätt flyttades över till ett skilt dokument för vidare analys. Innehållet i dokumentet kan läsas i bilaga 5.

Då materialet var igenomläst påbörjades abstraktionsprocessen. Underkategorier bildades genom att sätta ihop de ord och meningar som hade samma innebörd. Dessa underkategorier bildade sedan generaliserande kategorier som i sin tur bildade de två huvudrubrikerna: Vad är god kvalitet på vården och Vad sänker kvaliteten på vården. Dessa två huvudteman beskrivs i sin tur med tre generaliserande kategorier; 1) vårdaren, 2) vårdandets essens samt 3) deltagandet och information.

10. RESULTATET AV LITTERATURANALYSEN

Nedan visas resultatet av litteraturanalysen. Först beskrivs de faktorer som är ett tecken på god kvalitet på vården och sedan de som är tecken på låg kvalitet på vården. Figur 1 i slutet av kapitlet åskådliggör resultatet av analysen som beskrivs nedan.

10.1 Vad är god kvalitet på vården

1) Vårdaren

För att kvaliteten på vården skall vara god är det för närstående och patienter mycket viktigt med tillräcklig och multiprofessionell personal som tillsammans har många specialiteter. Det väsentligaste för god kvalitet på vården är att personalen har tid att ge patienten tillräckligt bra vård. Det är även viktigt att personalen har en bra utbildning, är kompetent, självsäker och har mycket erfarenhet. En god vårdare är omtänksam, vänlig, hjälpsam och lätt att närma sig. Vårdaren skall även vara empatisk, visa medlidande och vara sensitiv. Vårdaren skall vara intresserad av patienten som den människa hon är och respektera de individuella rättigheterna, integriteten och värdigheten. Då dessa faktorer finns kan både närstående och patienten lita på vårdaren och uppleva vården som trygg.

Det interpersonella förhållandet mellan närstående, patient och personalen är ett viktigt element i vården då patienten insjuknat akut. En förenad och ömsesidig relation till personalen ger både patienten och närstående en betryggande känsla av att personalen känner igen och kan möta deras behov. Detta ger i sin tur upphov till känslan av att man är viktig som den person man är. En god vårdare lyssnar till patienten, uppmuntrar denna och visar sitt genuina intresse. En god vårdare tar patientens problem på allvar och får patienten att känna att personalen bryr sig och att man får den hjälp man behöver.

2) Vårdens essens

För att kvaliteten på vården skall anses vara hög är det viktigt att patienten vårdas på ett holistiskt sätt. Detta innebär att patienten vårdas som en helhet med fysiska, psykiska och sociala behov. Patienten är i centrum av vården och patientens behov är i fokus.

Den fysiska vården innebär att patienten får den hjälp hon behöver med påklädnad, personlig hygien och nutrition. Den medicinska vården skall även tryggas. Vården bör planeras enligt patientens behov och observationer bör göras om patientens hälsa. För att vården av patienten skall vara av hög kvalitet bör den evalueras och dokumenteras och

interventioner görs vid behov. Kontinuiteten i vården är essentiell samt att de rutiner man haft hemma får fortsätta på sjukhuset.

God vård ur ett psykiskt perspektiv innebär att patientens autonomi och individualitet bevaras. Detta ger patienten en känsla av att bli vårdad på ett genuint sätt som därmed ger upphov till en känsla av tillit och självkänsla. För patienten och närstående är det viktigt att vårdaren respekterar de individuella rättigheterna samt att patientens värdighet och privatliv respekteras och bevaras. Patientens egna vanor bör tas i beaktande och patienten bör ges möjlighet till andliga diskussioner.

Bevarandet av identiteten är viktig för att patienten skall må psykiskt bra. För patienter med demens är det särskilt viktigt att kunna relatera till och komma ihåg sina nära och kära och betydelsefulla händelser i deras liv. För äldre personer är det viktigt att personalen känner till och accepterar deras individuella behov samt känner till vad som är personligen viktigt för patienten.

I den akuta sjukhusmiljön är det inte ovanligt att den äldre patienten känner sig betydelslös. Vård som utgår från patientens egna individuella behov rankas högt både i patientens och närståendes ögon och får även patienten att känna sig betydelsefull. I den akuta sjukhusmiljön kan det ofta vara stressigt och många olika patienter, men det vore viktigt för patientens psykiska välmående att man ändå kunde vårda patienten som en personlig individ med individuella behov. För att patienten skall känna sig betydelsefull är det viktigt att vårdaren lär sig känna patienten som den människa hon är och tar reda på vad som är viktigt för patienten.

För att patientens sociala behov skall bli tillfredsställda är det viktigt att denne ges tillfälle till mental stimulering genom att t.ex. diskutera med vårdpersonalen och utbyta idéer. Ett ömsesidigt förhållande till vårdpersonalen är således viktig. För närstående och patienten är det viktigt att deras sociala behov blir tillfredsställda, t.ex. genom att olika evenemang och aktiviteter ordnas så att de får tillfälle att umgås med varandra.

Närståendes viktiga roll

I många fall kan närstående svara bättre evaluera kvaliteten på vården än patienterna själva eftersom patienterna p.g.a. sina sjukdomar inte kan ta ställning till saken på ett tillförlitligt sätt. Närstående kan även svara bättre på frågor gällande kvaliteten på hela vårdprocessen, dvs. då patienten kommer till sjukhuset, målsättningarna för vården, vårdmetoderna, utskrivningen från sjukhuset samt uppföljningen av vårdens resultat.

Närstående har en viktig roll i vården av den äldre patienten då de på bästa sätt kan identifiera den äldre patientens behov och känna igen om den äldre mår bra. Närstående fungerar även som patientens talesman samt som kontaktperson mellan patient och personal och kan berätta vad patienten har för önskemål om vård och behandling. Det är viktigt att närstående får bra information och hålls underrättade om vad som händer så att närstående kan planera framtiden för den närstående. För närstående är det viktigt att få finnas där för patienten och dela ansvaret av vården samt att även deras behov känns igen och tillfredsställs. Genom att acceptera att närstående till den äldre patienten är en integrerande komponent i vården kan vårdpersonalen förbättra patientens erfarenhet av vården.

3) Deltagandet och informationen

Hög kvalitet på vården innebär att patienten och närstående får delta i planeringen och beslutsfattandet av vården. Närståendes deltagande i vården är mycket betydelsefull eftersom de kan ge nyttig information om patientens livsvanor och önskemål. Det är även viktigt att patienterna och närstående får information om det som händer och vad som planeras. Informationen bör vara både noggrann och respektfull för då känns hela vård-situationen mindre skrämmande.

Ömsesidig kommunikation anses vara en betydande faktor för att kvaliteten på vården skall vara god. En bra kommunikation innebär att vårdaren både talar till patienten och lyssnar på vad patienten har att säga. Ett fungerande informationsflöde är viktigt både för patienten och närstående. Personalen skall vara tillgänglig och lätt att närma sig och det är essentiellt att vårdaren visar att denne är villig att ge patienten av sin tid. Personalen borde ta sig tid att diskutera om vården med både patient och närstående så att vår-

den blir så individuell som möjlig och samtidigt ges både närstående och patient möjlighet att delta i vården. Då kan de föra fram patientens förväntningar och önskemål och samtidigt förstå mera om vårdförloppet.

Närstående behöver få information om avdelningens rutiner, få veta namnet på den vårdande läkaren samt tillfällen att tala med läkaren och vårdaren. De behöver få information om patientens sjukdom och även tillräcklig information om medicinering och svar på frågor de undrar över. För närstående är det viktigt att veta vem av vårdpersonalen som kan ge dem den mest aktuella och omfattande informationen. Närstående vill ofta att även läkaren skall ge dem information om den äldre patientens hälsa och framtida prognos. Den information som läkaren ger ses ofta som definitiv. För närstående är det både oroväckande och förbryllande om läkare och vårdare ger olika information som är i konflikt med varandra. Det är av stor vikt att den information som ges är aktuell och ges på ett respektfullt sätt som varken sårar närstående eller patienten. För närstående är det viktigt att veta vem de skall kontakta då de blivit utskrivna, ifall patientens hälsa åter blir sämre. Då närstående får tillräcklig och respektfull information om vad som händer och vad som planeras minskar dras känsla av oro och rädsla. Närstående bör även ges tillfälle till individuella samtal med vårdaren om patientens vård. För närstående är det viktigt att få sådan information som svarar på deras behov.

Det är viktigt för närstående att de får emotionellt och kognitivt stöd från vårdpersonalen som gör att de känner att de kan delta i vården av den äldre patienten och även delta i beslutsfattandet. Närstående behöver få ha inflytande i den äldre patientens vård och vårdarna bör fråga närstående om deras åsikter. Det är essentiellt att personalen värdesätter den information och kunskap som närstående har om patienten. Personalen lär sig då förstå varje patients förväntningar och önskemål om deras hälsa.

10.2 Vad sänker kvaliteten

1) Vårdaren och vården

Egenskaper hos vårdaren som närstående och patient ser som dåliga egenskaper är distans och ovänlighet samt att det är svårt att närma sig vårdaren. Även otillräcklig kunskap och utbildning samt dålig medicinsk kunskap är negativa faktorer hos vårdaren.

Ikke individuell vård ses som en negativ faktor, dvs. alla får samma slags vård och vårdas med samma rutin och det individuella vårdbehovet tas inte i beaktande. En annan dålig faktor är då patienten inte involveras i vården eller om patienten känner sig vara utanför vården. Att inte respektera individuella rättigheter, privatliv och värdighet är en faktor som sänker kvaliteten på vården.

En betydande faktor som sänker kvaliteten på vården är tidsbristen. För det mesta har vårdarna bara tid att utföra rutinuppgifter som att hjälpa patienten med den personliga hygien, nutritionen m.m. Tidsbristen leder även till dåliga kommunikationsmöjligheter. Att hamna i köa länge och vänta på att få vård är även faktorer som sänker kvaliteten på vården.

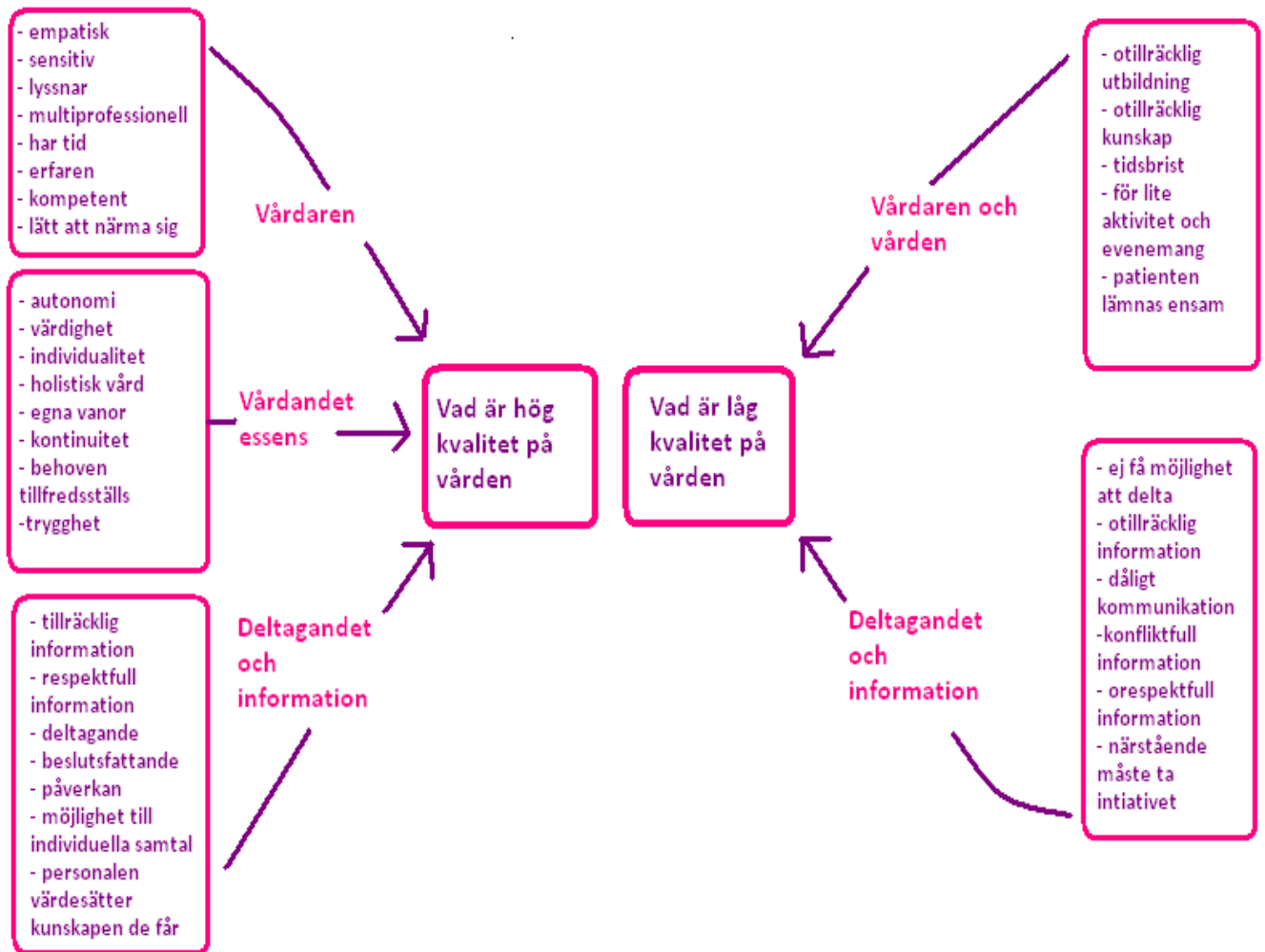
Ifall patientens behov inte möts eller problemen förblir olösta upplevs det av närstående och patienter som negativa faktorer för vården. Även komplikationer och försämrandet av hälsan hör till de negativa faktorerna. Gällande patientens sociala behov finns det ett antal faktorer som sänker kvaliteten på vården. För lite fysisk aktivitet och vistelse utomhus ses som en negativ faktor. Man tryggar enbart patientens grundbehov. Patientens mentala behov tas inte alltid i beaktande, patienten lämnas ensam och övergiven vilket leder till apati och depression hos patienten. Patienten ges ofta för lite tillfällen till kontakter utanför sjukhuset, patienten får inte möjlighet till social, psykisk stimulus och aktiviteter

2) Information och deltagandet

Begränsad kommunikation och informationsflöde är en faktor som bekymrar både patienter och närstående eftersom dålig kommunikation ofta leder till missförstånd. Att inte ges möjlighet att delta i vården är en av faktorerna som sänker kvaliteten av vården. Det att närstående måste ta initiativet att involvera sig om de vill delta i vården ses även som negativt. Närstående vågar inte alltid ställa frågor till vårdarna eftersom det kan ha negativ inverkan på patientens vård. Det uppstår en rädsla för att vårdaren skall se närstående som krävande och att patienten då skall få lida pga. det.

Det som sänker kvaliteten på vården är då vårdarna upplever att de ger bättre information än vad närstående och den äldre patienten upplever sig få. Personalen har inte alltid tillräckliga insikter att förstå hurdan information som närstående behöver. En bra kommunikation fattas mellan närstående, patient och vårdare.

Då närstående får konfliktfull och motsägelsefull information från olika professionella yrkesgrupper leder det till oro och förvirring hos närstående.



Figur 1. Resultatet av litteraturanalysen

11. DEN EMPIRISKA DELENS GENOMFÖRANDE

Datainsamlingen för studien genomfördes på en hälsostation i Esbo. Sökandet efter informanter pågick under en tidsperiod på fem månader och påbörjades i februari och avslutades i juni 2010. Eftersom de akut insjuknade äldre patienterna på hälsostation för de mesta kom med ambulans hemifrån så hade de ingen tid reserverad till läkaren. Enligt vårdarna på hälsostation var det inte så ofta som närstående var med i ambulansen utan de kom in i bilden i ett senare skede av vårdprocessen. Detta försvårade sökandet efter lämpliga informanter till studien. Eftersom det inte gick att förutspå när en ambulans med rätt målgrupp skulle komma till hälsostationen fick respondenten vara på hälsostationen många dagar under de fem månaderna och vänta på att någon som passade in på kriterierna skulle komma till hälsostationen.

Eftersom det visade sig vara väldigt svårt att hitta lämpliga informanter lämnades även den informativa samtycke blanketten hos de vårdare som tog emot akut insjuknade äldre patienter så att möjliga närstående kunde lämna sina kontaktuppgifter till respondenten. Under två månader delades den informativa samtycke blanketten ut åt närstående och endast en lämnade sina kontaktuppgifter. Vid maj månad hade endast en informant deltagit i studien. På hälsostationen kom man överens om att vårdarna skulle ringa till respondenten om någon möjlig informant kom till hälsostationen. Detta p.g.a. att respondenten inte hade möjlighet att vara närvarande på hälsostationen varje dag.

I juni kom en lämplig informant till hälsostationen tillsammans med sin närstående. Den intervjun tog plats i ett ostört rum på hälsostationen. Den första intervjun blev en telefonintervju eftersom informanten inte hade möjlighet att träffa respondenten för en inspelad intervju.

I juni gjorde respondenten tillsammans med handledaren beslutet att avsluta sökandet efter informanter och istället göra en bredare litteraturöversikt.

12. RESULTATREDOVISNING AV TEMAINTERVJUN

Med endast två informanter blev resultatet av studien väldigt snävt. Den första intervjun som var en telefonintervju försvårade även situationen eftersom inget förhållande mellan respondent och informant kunde bildas på samma sätt som i ett möte personerna emellan. Eftersom datainsamlingsmetoden i studien är en halvstrukturerad temaintervju var respondenten ute efter den enskilda individens åsikter och erfarenheter om det undersökta ämnet.

I resultatredovisningen tas allt upp som informanterna kom fram med. Datan delas in i kategorier enligt ämnesinnehållet. Som resultatet kommer att visa skilde sig de båda informanternas svar rätt så mycket.

12.1 Hjälpn på hälsostationen

Resultatet av de två intervjuerna skilde sig rätt så mycket. Informant A upplevde att patienten snabbt fick hjälp på hälsostationen då de kommit med ambulansen. De blev bra omhändertagna och vårdarna bemötte dem på ett trevligt och uppmärksammande sätt. I sitt eget tillstånd av oro och rädsla för patientens hälsa var det mycket lugnande när vårdarna var lugn till sitt sätt. Informanten upplevde även att patienten fick väldigt bra medicinsk vård. Patienten tog i helhet i beaktande och informanten upplevde att man beaktade både den fysiska, psykiska och sociala vården. De glömde till exempel glasögonen efter sig men de skickades hem till dem så informanten upplevde att de blev bra uppmärksammade även på den fronten.

Informant B däremot upplevde att då de kommit med taxin fick de köa och vänta länge. Som patientens närstående uttryckte sig: *”Homma ei pelaa. Tuntuu että vanhukset jäävät nuorten jälkeen”*. Med detta menade informanten att man prioriterar de unga före de gamla. De som ännu är i arbetslivet är viktigare än de pensionerade. Allt skall gå så väldigt snabbt och de äldre hinner inte med. Informanten upplevde att de nog efter att väntande blev rätt så bra hjälpta, men att en hälsostation inte alltid kan ge tillräckligt bra

hjälp. Ur medicinsk synvinkel hade de bättre erfarenheter från de större sjukhusen eftersom där finns specialläkare och mera multiprofessionalitet.

12.2. Information och deltagandet i vården

Informant A upplevde att hon fick bra med råd och information då hon själv anlände till hälsostationen efter att hennes man förts dit med ambulans. Hon visades direkt till det rum där hennes man vårdades. Informanten upplevde sig få flera chanser att delta i vården av maken men hon brukar uppmuntra honom att vara så självständig som möjligt. Överlag upplevde informanten att informationsflödet var bra.

Informant B däremot att rapporteringen läkare emellan är dålig. Det saknas flexibilitet. Informanten upplevde att hon och patienten om och om igen hamnade svara på samma frågor då de förflyttades från rum till rum. Det tas samma labbprover och röntgenbilder flere gånger och informanten upplevde att detta inte ledde någon vart. Varje gång de besökte hälsostationen var det samma problem. Informanten upplevde dock att läkarna och vårdarna informerar om varför de olika ingreppen görs och vad som kommer att hända till nästa. Ifall de inte skulle informera så skulle informanten själv fråga för att få de svar som behövs. Informanten upplevde även att man hade bra möjlighet att förhandla om medicineringen.

12.3 Hur kunde vården förbättras

Vården på hälsostationerna kunde förbättras genom att de friska personerna – som t.ex. närstående till patienterna – kunde få vänta i ett skilt utrymme. Man kunde även satsa på bättre stolar i väntrummet samt en bra television. Det kunde även finnas ett bättre urval av tidningar för då skulle väntan inte kännas lika lång.

Det visade sig även att den automatiska telefonsvararen upplevdes som svår då man skulle välja mellan olika siffror för att få rätt hjälp. Det var även svårt att följa direkti-

ven. Hela telefonsystemet skulle kunna vara lättare. Som en av informanterna uttryckte sig: *"Mitenkäs vanhemmat ihmiset selviävät?"*

12.4. Analys av resultatet

Även det empiriska resultatet kan delas in i vad som höjer respektive sänker kvaliteten på vården på hälsostationen. De faktorer som ger representerar god kvalitet på vården enligt informanterna i intervjuerna är att man snabbt får den hjälp man behöver samt att man får bra medicinsk vård. Då vårdarna är trevliga, uppmärksammande och lugna till sitt sätt känner man sig mindre rädd och orolig. Tillräcklig och snabb information är även ett tecken på god kvalitet på vården samt att den närstående ges tillfällen att delta i vården av den äldre patienten. Att man ges möjlighet att förhandla om eventuella mediciner är även ett tecken på god vård.

Det som kan ses som faktorer som sänker kvaliteten på vården är då patienten och närstående hamnar vänta länge på att få den vård de behöver samt då den äldre får upplevelsen av att den unga prioriteras framför den äldre. Otrivsamma utrymmen ses även som en negativ faktor i vården. Då kommunikationen inte löper läkare emellan och patienten går igenom samma vårdprocedurer om och om igen upplevs det även som en kvalitetssänkande faktor.

13. KRITISK GRANSKNING

När det gäller den empiriska delen av studien finns det mycket man kunde ha gjort på annat sätt för att bättre få information som man kunde använda för att förbättra kvaliteten på vården av den akut insjuknade äldre personen på hälsocentralen. Då sökandet började efter lämpliga informanter visade det sig att närstående inte så ofta följer med patienten till hälsocentralen, åtminstone inte då patienten kommer in akut med ambulans. De gånger det skulle ha funnits närstående med passade inte patienten in på krite-

rierna för studien. Således kunde man fundera på om det hade varit mer ”produktivt” att göra studien ur patientens perspektiv. Ifall man hade velat hålla sig till närståendes perspektiv kunde målgruppen möjligen ha varit närstående till akut insjuknade patienter på hälsostationen i alla åldersgrupper.

I denna studie kan resultatet av den empiriska delen inte anses vara tillförlitligt, eftersom resultatet är sammanställt baserat på endast två personers åsikter. Dessa åsikter har ett eget värde i sig som man kan ta i beaktande då man planerar vården på hälsocentralen, men man kan inte påstå att resultatet speglar majoritetens åsikter.

14. DISKUSSION AV STUDIEN OCH RESULTATET

Det som kom fram i resultatet av litteraturanalysen speglar viktiga aspekter i vårdarbete. Resultaten i de nio forskningsartiklarna hade väldigt liknande resultat gällande information, deltagandet samt tillfredsställandet av de individuella behoven. Som Jean Watson beskriver i sin teori om de karativa faktorerna bör vårdaren ha vissa egenskaper som även kom upp i resultatet. Dessa egenskaper är t.ex. empati och sensitivitet. Watson talar även om att uppskatta olikheter och individualitet, vilket även kom upp i resultatet som en viktig aspekt av vårdarbetet. Man kan spekulera på basen av Watson teori och resultatet ifall vissa vårdare inte har utvecklat tillräcklig sensitivitet gentemot sig själv och andra. Watson menar att genom att utveckla sensitivitet gentemot sig själv och andra kan vårdaren vårda människan som en helhet och att även det gynnar förhållandet mellan patienten och vårdaren. Man kan dra slutsatsen av resultatet att de tre egenskaperna kongruens, empati och icke possessiv värme som Watson beskriver spelar en stor roll för hur kvaliteten på vården upplevs av närstående och patienten.

Resultatet av litteraturöversikten samt temaintervjuerna kompletterar varandra i rätt så hög grad. Båda resultaten tar upp hur stor roll vårdaren egenskaper spelar för att patienten skall känna sig välkommen och trygg i vården. Det kom även upp liknande faktorer som höjer respektive sänker kvaliteten på vården, så som t.ex. informationen och deltagandet i vården. Syftet med studien nåddes i rätt så hög grad eftersom det kom upp

många faktorer som beskriver kvaliteten på vården. De centrala frågeställningarna kunde ha besvarats bättre med hjälp av flere informanter.

Resultatet av studien är betydande för det kliniska vårdarbetet. Särskilt i framtiden då antalet äldre patienter stadigt kommer att öka kommer vårdarbetet att behöva anpassas efter den äldres behov. Resultatet av studien hämtar fram viktiga faktorer som är viktigt i vården av den äldre individen samt dennes närstående. Bland annat är det viktigt att komma ihåg att det inte enbart är patienten som har behov utan även närstående till patienten. För att nå ut med svaret kunde det vara bra med en sammanfattande artikel om ämnet i de olika yrkestidningarna, t.ex. Tehy och Vård i Fokus. Terveysportti har utvecklat en informativ sida om hur man vårdar den äldre patienten med nedsatt allmän-tillstånd. Det vore bra om man där kunde tillägga vissa viktiga aspekter av detta resultat. Då skulle man nå ut till yrkesgrupper som direkt vårdar den äldre patienten.

Man kunde vidare fortsätta denna studie i ett bredare kontext med mera informanter. Man kunde t.ex. utföra en liknande studie på en akut sjukhusmottagning. Även patientens perspektiv kunde höras. Troligen kommer det att behövas fler forskningar kring ämnet för att trygga kvaliteten på vården av den äldre patienten. Det visar även de två forskningsartiklar som utkommit detta år för att förbättra kvaliteten på vården av den äldre patienten.

15. KÄLLFÖRTECKNING

- Aaltola, Juhani & Valli, Raine. 2001, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*, Jyväskylä: PS-kustannus. 217 s.
- Attree, Moira. 2001a, A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care, *Journal of Nursing Management*, nr 9, s. 67-78.
- Bridges, Jackie; Flatley, Mary & Meyer, Julianne. 2010, Older people's and relatives' experiences in acute care setting: Systematic review and synthesis of qualitative studies, *International Journal of Nursing Studies*, nr 47, s. 89-107.
- Bridges, Jackie & Nugus, Peter. 2010, Dignity and significance in urgent care: older people's experiences, *Journal of Research in Nursing*, vol 15 (1), s. 43-53.
- Elo, Satu & Kyngäs Helvi. 2007, The qualitative content analysis process, *Journal of advanced nursing*, vol 62 (1), s 107-115
- Hasson, Henna & Arnets, Judith E. 2009, A comparative study of nursing staff, care recipients' and their relatives' perceptions of quality of older people care, *International Journal of Older People Nursing*, nr 5, s. 5-15.
- Higgins, Isabel; Joyce, Terry; Parker, Vicki; Fitzgerald, Mary & McMillan, Margaret. 2007, The immediate needs of relatives during the hospitalization of acutely ill older relatives, *Contemporary Nurse*, vol 26, nr 2, s. 208-220.
- Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2000, *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*, Helsingfors: Yliopistopaino, 213 s.

- Häggström Elisabeth; Kihlgren, Annica; Kihlgren, Mona & Sörlie, Venke. 2007, Relatives' struggle for an improved and more just care for older people in community care, *Journal of Clinical Nursing*, nr 16, s. 1749-1757.
- Isola, Arja; Backman, Kaisa; Voutilainen, Päivi & Rautsiala, Tarja. 2003, Family members' experiences of the quality of geriatric care, *Scandinavian Journal of Caring Science* nr 17, s. 399-408.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur, 316 s.
- Kvale, Steinar. 1997, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur, 306 s.
- Lindhardt, Tove; Nyberg, Peter & Rahm Hallberg, Ingalill. 2008, Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory, *Scandinavian Journal of Caring Scienc.*, nr 22, s. 507-519.
- Lindholm, Stig. 2007, *Vägen till vetenskapsfilosofin*, Lund: Academia Adacta, 142 s.
- Ohlsson, Henny & Sörensen, Stefan. 2007, *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*, Stockholm: Liber, 224 s.
- Ronkainen, Kirsi. 2008, Akuutisti sairastuneen vanhuksen hoidon kehittäminen/ehdotus opinnäytetyöksi [muntl.]. Föredrag 13.11.2008.
- Räihä, Ismo; Seppälä, Maaria & Viitanen, Matti. 2006, Geriatrician jättiläiset. *Duodecim*, nr 122, s. 1483-1490.
- Terveysportti: Sairaanhoitajan tietokannat. 2010a, Vanhuksen yleistilan äkillinen lasku, Tillgänglig: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=yleistilan%20lasku, Hämtad 26.4.2010.

Terveysportti: Lääkärin tietokannat. 2010b, Sekava vanhus, Tillgänglig: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=delirium, Hämtad 2.9.2010

Tilastokeskus. Väestötilastot. 2009, Tillgänglig: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tau_001_fi.html, Hämtad 4.10.2010.

Tilvis, Reijo. 1999, Miksi vanhusten tautien diagnostiikka on vaikeaa? *Duodecim*, nr 115, s. 1581-1584.

Watson, Jean. 1985, *Nursing – The Philosophy and Science of Caring*, Colorado: University Press of Colorado, 321 s.

Wressle, Ewa; Eriksson, Lennart; Fahlander, Amie; Håkansson, Helena; Jönsson, Anna-Lena; Martinsson, Britt-Marie; Rasmusson, Ing-Marie; Sjölander, Ingrid & Tängmark Karin. 2008, Relatives' perspective on the quality of geriatric care and rehabilitation – development and testing of a questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Science*, nr 22, s. 590-595.

BILAGA 1

Bästa närstående!

Mitt namn är Maria Mattila och jag är tredje årets barnmorske- och sjukskötarstuderande på den svenska yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Jag gör mitt examensarbete om kvaliteten på vården av den akut insjuknade den äldre patienten på hälsostationen, ur närståendes perspektiv. Därför önskar jag att Ni ville delta i denna studie.

Syftet med studien är att få beskrivande information om den akut insjuknade den äldre patientens vård på hälsostationen för att kunna förbättra kvaliteten på vården. Jag vill även få reda på hur närståendes upplever sitt deltagande i vården och hur de upplever att de blir hjälpta på hälsostationen. Insamlingen av informationen kommer att ske genom intervjuer. Jag kommer både att föra anteckningar och att banda in intervjun på bandspelare. Deltagandet är frivilligt och man får avbryta intervjun när man vill. Er anonymitet kommer att bevaras under hela processen, dvs. ingen annan än jag kommer att få reda på Ert namn. Materialet från intervjun kommer att bevaras sekretessbelagt och förstöras då det inte längre behövs. Det som kommit fram i intervjun kommer sedan att användas i examensarbetet, möjligtvis i form av direkta citat.

Jag är tacksam på förhand för Er eventuella medverkan

Maria Mattila

Jan-Magnus Janssons plats 1

00550 HELSINGFORS

Tel.nr. 040 731 6372

Handledare

Marianne Tast

Jan-Magnus Janssons plats 1

Jag _____ förstår syftet med studien och bekräftar
mitt samtycke med min underskrift.

BILAGA 2

Hyvä omainen!

Nimeni on Maria Mattila ja olen kolmannen vuoden kättilö- ja sairaanhoitjaopiskelija ruotsinkielisessä korkeakoulussa Arcadassa Helsingissä. Teen opinnäytetyötäni akuutisti sairastuneen vanhuksen hoidon laadusta terveysasemalla, omaisten näkökulmasta. Toivon että Te haluaisitte osallistua tähän tutkimukseen.

Tutkimuksen tavoite on saada kuvailevaa tietoa akuutisti sairastuneen vanhuksen hoidosta terveysasemalla hoidon laadun kehittämiseksi. Haluaisin myös saada selville miten omaiset kokee oman osallistumisensa hoitoon ja miten omaiset kokee tulevansa autetuksi terveysasemalla. Tiedonkeruu tapahtuu haastatteluna. Tulen tekemään muistintapojia sekä nauhoittamaan haastattelun. Osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi keskeyttää milloin vaan. Haastateltavat pysyvät nimettöminä koko prosessin ajan. Ainoastaan minä tulen tietämään Teidän nimenne. Haastattelun aineisto pidetään salaisena ja raaka-aineisto hävitetään kun sitä ei enää käytetä. Haastattelun lopputulos käytetään myöhemmin opinnäytetyössä, mahdollisesti suoraan lainauksin.

Kiitän etukäteen mahdollisesta osallistumisestanne.

Maria Mattila

Jan-Magnus Janssonin aukio 1

00550 HELSINKI

Puh.nr. 040 731 6372

Ohjaaja

Marianne Tast

Jan-Magnus Janssonin aukio 1

00550 HELSINKI

Minä _____ ymmärrän tutkimuksen tarkoituksen
ja vahvistan suostumukseni allekirjoituksellani.

BILAGA 3

Temaintervju

Vad anser Ni som närstående att är god vård på hälsostationen?

- Möter vården patientens alla behov?
- Fysisk vård, psykisk vård, socio- emotionell vård

Hur upplever du ditt deltagande i vården?

- Hur önskar du att du kunde delta i vården?

Hur upplever du att du blev hjälpt på hälsostationen?

- Hur önskar du att du hade blivit hjälpt på hälsostationen?

BILAGA 4

Teemahaastattelu

Mikä on Teidän mielestänne omaisena hyvä hoito terveysasemalla?

- Vastaako hoito potilaan kaikkia tarpeita?
- Fyysinen, psyykinen, sosioemotionaalinen hoito

Miten koette oman osallistumisenne hoitoon?

- Miten toivotte voivanne osallistua hoitoon?

Miten koette että Teitä autettiin terveysasemalla?

- Miten toivotte että Teitä autettaisiin?

BILAGA 5

Analys av forskningsartiklar

Egenskaper hos vårdaren samt vårdare som person

adekvat personal
tillräcklig personal
olika specialiteter
tillräckligt med tid
en bra utbildning
själsäker
erfarenhet
bryr sig om, vänlig, snäll, hjälpsam
lätt att närma sig, empatisk, medlidande, sensitiv
respekterar individuella rättigheter, värdighet
kunna lita på vårdaren – att hon har tillräcklig kunskap att göra rätt beslut

Negativa attribut med sjukhus och organisation

väntan på säng
dekorationen dålig
väntrummet tråkigt
säkerheten dålig
resursbrist – behövs personal och mer tid

Vårdandets grund, vårdens essens

psykologisk vård – autonomi, individualitet, värdighet, integritet/privacy, egna vanor,
säkerhet, andliga diskussioner

social vård – mental stimulering, diskutera med vårdpersonalen och utbyta idéer, bemö-
tandet av patientens och närståendes sociala behov, evenemang ordnas, informationen

fysisk vård: kläder, hygien, mat, hjälp att sitta

planering

behandlad med respekt

intervention

evaluering

dokumentering

medicinering

observation

psykisk vård

psykosocial vård

kommunikation

lyssnandet

man tar patientens problem på allvar

känsla av säkerhet för att personalen är kompetent

genuint intresse

uppmuntran

patienten i centrum

emotionellt, socialt, psykologiskt stöd

holistisk vård

patientens behov i fokus

kontinuitet

deltagandet av familjemedlemmarna

psykologiska, emotionella och sociala behoven tillfredsställs

förhållandet till personalen – ömsesidigt → då möts behoven, man är viktigt som män-
niska

närståendes behov bör också mötas och kännas igen.
att känna att personalen bryr sig, respekterar, man känner sig välkommen, man får hjälp
då man behöver, man uppehåller en kontakt med varandra
viktigt att personalen känner till och accepterar deras individuella behov.
rutiner man haft hemma fortsätter på sjukhus
personalen lär sig känna patienten som en individuell människa, lär sig vad som är vik-
tigt för denne, skyddar patientens integritet, personliga utrymme.

Den närståendes viktiga roll, vad är viktigt för närstående

identifierandet av den äldres behov
känna igen om den äldre mår bra
vara en kontaktperson mellan patient-personal
berättar vad patienten har för önskemål om behandling
viktigt att få den rätta informationen och var underrättad om vad som händer
information som hjälper närstående att planera framtiden.
vem kan ge den rätta informationen
noggrann och respektfull information, utan denna information påverkas man både psy-
kiskt och emotionellt
viktigt att få finnas där och dela ansvaret av vården

Deltagandet och information

emotionellt och kognitivt stöd från vårdpersonalen leder till att man känner deltagande
information om avdelningens rutiner
namnet på läkaren, tillfälle att tala till läkaren
tillfälle att tala med vårdare
tillräcklig information om medicinering och svar på frågor (anhörig)
deltagandet i beslutsfattandet
vet vem man skall kontakta då man är ut- skreven

influens – kunna delta och ha en influens på den äldres vård, vårdarna frågar anhöriga
närstående behöver få information om sjukdom, rätt sorts information som svarar deras
behov

vem har auktoritet att ge den informationen
information behövs både av vårdare och läkare
respektfull info

att får information så man vet vad som händer och vad som planerar – detta minskar
oron. man känner sig inte så rädd
möjlighet till individuella samtal om patientens vård.
personalen lär sig förstå varje patients förväntningar, önskemål om deras hälsa och vad
som kommer att hända dem
personalen värdesätter den kunskap närstående och patienten har.

Vad sänker vårdens kvalitet

otillräcklig kunskap/utbildning
otillräcklig medicinsk kunskap – när börja administrera medicin, medicinens effekt.
tidsbrist – all tid går åt till rutinuppgifter
tidsbrist - dåliga kommunikationsmöjligheter
att ej ges möjlighet till deltagandet – man måste vara involverad om man ville delta
anhöriga måste ta initiativet att involvera sig, vågar ej fråga frågor ifall det skulle ha ne-
gativ verkan på patientens vård
rädsla – vårdaren ser dem som krävande/patienten får lida
för lite fysisk aktivitet – utomhus vistelse
mentala behov – den äldre lämnades ensam, övergiven vilket leder till apati och de-
pression
för lite tillfällen till kontakter utanför vården
den långa väntan på akuta mottagningen
pengar styr dagens vård av äldre
information – negativt då vårdarna upplever att de ger bättre information än vad närstå-
ende/patient upplever sig få
personalen har ej tillräckliga insikter att förstå hurdan information som anhöriga behö-
ver, en bra kommunikation fattas

patienter som inte får tillräckligt med fysiska aktiviteter, man tryggar enbart grundbeho-
ven

patienten får ej möjlighet till social, psykisk stimulus och aktiviteter
konfliktfull information från olika professionella grupper, detta leder till oro och förvir-
ring hos anhöriga.